



Mayfield
1915 E. Mayfield Rd., Ste. 115
Arlington, TX 76014
682-276-6700

Ballpark
1900 Ballpark Way, Ste. 106
Arlington, TX 76006
817-704-7339

DESIGNACION DE LOS PADRES PARA CONSENTIR EN LA ATENCION MEDICA

Información de otro Contacto: Las personas a las que autoriza para el personal de la clínica:

- 1) Contactar en caso de emergencia.**
- 2) Recibir y divulgar sobre la atención medica de su hijo(a).**
- 3) Traiga a su hijo(a) a la cita con los médicos y consienta para recibir tratamiento médico.**

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de tutores: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____